

Sihtvaliku

**Ravijuhendi "Lamatiste käsitus - ennetamine ja konservatiivne ravi (RJ-L/6.1-2016)"
soovituste rakendamise hindamine**

TEEMA KOKKUVÕTE

Eesti Haigekassa 2020

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS	3
2. SIHTVALIKU TAUSTAINFO JA EESMÄRK	3
3. SIHTVALIKU KORRALDUS.....	3
3.1. Sihtvaliku töörühm.....	3
3.2. Valimi moodustamine	4
4. HINDAMISE TULEMUSED.....	4
4.1. Patsiendi seisundit kirjeldavad andmed	4
4.1.1. Kehamassiindeks ja toitumus.....	4
4.1.2. Patsiendi voodikesksus	5
4.1.3. Lamatis ja paranemist komplitseerivad seisundid	5
4.2. Lamatise tekkeriski hindamine Bradeni skaala abil.....	6
4.3. Meetmed lamatise ennetamiseks ja raviks	7
4.3.1. Ennetusmeetmete plaan	7
4.3.2. Madratsite kasutamine	8
4.3.3. Asendivahetus ja pööramise sagedus.....	8
4.3.4. Abivahendid keha riskipiirkondades surve vähendamiseks	8
4.3.5. Abivahendid naha hoolduseks	9
4.4. Lamatiste hindamine.....	9
4.5. Toitumine.....	10
4.6. Lamatiste lokaalne ravi	11
4.6.1. Lamatiste puhastamine.....	11
4.6.2. Haavahooldusvahendite kasutamine	11
4.6.3. Nekroosi eemaldamine.....	12
4.6.4. Ravimeetodi sobivuse hindamine	12
4.6.5. Nõustamine	12
5. JÄRELDUSED	12
6. ETTEPANEKUD JA JÄTKUTEGEVUSED.....	13

1. SISSEJUHATUS

Lamatis on lokaalne naha ja/või nahaaluskoe kahjustus, mis tekib tavaliselt luueendite piirkonnas surve või surve, nihkumise ja hõõrdumise koosmõjul. Lamatise tekkimisel halveneb pikaks ajaks inimese elukvaliteet, suureneb hooldus- ja abivahendite vajadus, tervishoiuteenuste kulud ning hooldajate koormus. Samas on lamatise tekkimist võimalik ennetada või vähendada.

2. SIHTVALIKU TAUSTAINFO JA EESMÄRK

Ravijuhend "Lamatiste käsitus - ennetamine ja konservatiivne ravi (RJ-L/6.1-2016)" avalikustati 2016. aastal. Ravijuhendite soovitude järgimist ei saa hinnata raviarvete põhjal, mistõttu on vajalik ravidokumentide hindamine. Lamatiste ennetamine on oluline tervishoiuteenuste kvaliteedi näitaja.

Euroopa erinevates riikides läbi viidud uuringu tulemusena leiti, et lamatiste üldine levimus hospitaliseeritud patsientide seas on 18%, kuid sagedus on erinevates riikides varieeruv. Andmed lamatiste levimuse kohta Eestis puuduvad, sest lamatiste teket ja esinemist Eesti ravi- ja hoolekandeesutustes ei registreerita ega kodeerita regulaarselt. Samas ei ole alust arvata, et lamatiste esinemissagedus oleks Eestis väiksem kui arenenud maades.

Lamatiste diagnoosimise ja ravi praktika on ravi- ja hooldeasutustes erinev, mistõttu lamatiste ennetamiseks ning raviks ei kasutata mitte alati kõiki parimaid tõenduspõhiseid võimalusi.

Sihtvaliku eesmärgiks on hinnata ravijuhendi "Lamatiste käsitus - ennetamine ja konservatiivne ravi (RJ-L/6.1-2016)" soovitude rakendamist.

3. SIHTVALIKU KORRALDUS

3.1. Sihtvaliku töörühm

Käesoleva sihtvaliku hindamiskriteeriumite koostamiseks, tulemuste hindamiseks ja jätkutegevuste planeerimiseks kaasati Eesti Õdede Liidu neli erinevates asutustes töötavat esindajat.

Töörühma kuulusid:

Linda Jürisson - EÕL asepresident;

Angelika Lall - Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum, Spordimeditsiini ja taastusravi kliinik, statsionaarse õendusabi osakonna juhataja;

Eha Rumberg - AS Ida-Tallinna Keskhaigla Õendus – ja hooldusabikliiniku õendusjuht;

Alice Venski - Lõuna-Eesti Haigla AS.

Sihtvaliku teostaja oli Eesti haigekassa kvaliteedi edenduse osakonna spetsialist Aimi Mägi.

3.2. Valimi moodustamine

Valim moodustati 2020.a lamatise diagnoosiga patsientide haigusjuhtudest. Päringu kriteeriumid valimi moodustamiseks olid: 2020. aasta 1.- 4. kuu; kõik raviastutused; raviteenuse tüüp 2 (statsionaarne), tüüp 15 (statsionaarne taastusravi) ja tüüp 18 (iseseisev statsionaarne õendusabi); põhidiagnoos ja/või kaasuv diagnoos RHK-10 alusel L89 dekuubitus- e lamatishaavand.

Eelpoolnimetatud päringu kriteeriumitele vastavalt leiti andmebaasist 961 raviarvet 39-st raviastutusest, mis jaotusid: 550 iseseisev statsionaarne õendusabi, 392 statsionaarne ravitüüp ja 19 statsionaarne taastusravi. Vastavalt 95% usaldusväärsuse kriteeriumile on valimi suurus 350 ravijuhtu.

Hinnatavad ravijuhud haarati valimisse juhuvaliku meetodil ja sageduse alusel (tabel 1).

Valimisse kaasati 350 ravijuhtu, mille raviarvel oli lamatise diagnoos. Hindamisel selgus, et 8,86% juhtudest (350-st 31 juhul) ei olnud patsiendil lamatist (olid muud haavad või haavandid või raviarvel oli liigselt kodeeritud lamatise diagnoos).

Seega lamatiste käsitlust sai hinnata 319 juhul, mil lamatis esines ja tulemused esitatakse 319 juhu kohta.

Hinnatud (319) ravijuhtude üldandmed: 110 meest (34,48%), 209 naist (65,52%), keskmine vanus 78,65 aastat, noorim 20 ja vanim 104. Keskmiselt viibis ravil 23 päeva, vahemikus 4-63 päeva.

Tabel 1. Planeeritud valimi ja hinnatud ravijuhtude jaotus ravitüübi lõikes

Jkr nr		Iseseisev stats õendusabi		Statsionaarne		Statsionaarne taastusravi		Kokku	
		valim	hinnatud	valim	hinnatud	valim	hinnatud	valim	hinnatud
	Kokku	188	165	150	143	12	11	350	319

4. HINDAMISE TULEMUSED

4.1. Patsiendi seisundit kirjeldavad andmed

Hinnati, kas oli mõõdetud patsiendi kehakaal ja pikkus, määratud kehamassiindeks, milline oli patsiendi toitumus, kas patsient oli voodikeskne või ratastoolipatsient, kas lamatis tekkis statsionaaris või oli ravile saabudes, lamatiste arvu ja kas esines lamatise paranemist komplitseerivaid seisundeid.

4.1.1. Kehamassiindeks ja toitumus

Patsiendi kehakaal ja pikkus ja/või KMI oli hinnatud 74 juhul (23,2%), ainult kehakaal oli märgitud 9 juhul (2,82%), ainult pikkus 7 juhul (2,19%) ja „ei saa kaaluda“ oli märgitud 14 juhul (4,39%). 215 juhul (67,4%) olid ülaltoodud näitajad märkimata ja nendel juhtudel mõõdeti patsiendi toitumust visuaalselt. Seega KMI ei olnud hinnatav 76,8% (245 juhul).

Patsiendi toitumust hinnati järgmiselt: normosteenia 35,42% (113 juhul), alakaal 19,44% (62 juhul), ülekaal 18,5% (59 juhul) ja 26,64% (85 juhul) ravidokumentidest patsiendi toitumus ei selgunud.

6 juhul oli patsiendi toitumuse hindamisega eksitud. Sellest 3 juhul olid patsiendid hinnatud alakaaluliseks, kuid KMI järgi olid patsiendid normaalkaalus; 3 juhul hinnati patsiendid normosteenilisteks, kuid KMI järgi oli tegemist 2 juhul rasvumisega ja 1 juhul ülekaalulisusega.

Tabel 2. KMI määramine

KMI hinnatud	arv	%
Ei ole hinnatav	215	67,40
Ei saa kaaluda	14	4,39
Kaal	9	2,82
KMI	74	23,20
Pikkus	7	2,19
Kokku	319	100,00

Tabel 3. Hinnang toitumusele ja tegelik KMI alusel

Hinnatud/KMI alusel	arv	%
alakaal	59	18,50
alakaal/tegelikult normosteenia	3	0,94
ei selgu	84	26,33
normosteenia	110	34,48
normosteenia/tegelikult rasvumus	2	0,63
normosteenia/tegelikult ülekaal	1	0,31
ülekaal	60	18,81
Kokku	319	100,00

4.1.2. Patsiendi voodikesksus

86,8% juhtudest (277 patsienti) olid patsiendid voodikesksed, nendest 18% (50 patsienti) asetati ka ratastooli, 1 juhul ravidokumentidest ei selgunud, kas patsient on voodikeskne. 7 juhul (2,52%) oli tegemist ratastoolipatsiendiga. 35 juhul (10,97%) oli patsient võimeline liikuma iseseisvalt või abivahendiga (rulaator, kargud, küünarkargud).

4.1.3. Lamatis ja paranemist komplitseerivad seisundid

86,83% (316-st 277 juhul) oli raviarve algul lamatis olemas; 12,53% (40 juhul) juhtudest tekkis lamatis ravil viibimise ajal; 0,62% (2 juhul) ravidokumentidest ei selgunud, kas lamatis oli raviarve algul olemas või tekkis ravil viibimise ajal.

89 juhul esines patsiendil üks või mitu lamatiste paranemist komplitseerivat haigust, nagu: E11.2 - E11.9 insuliinsõltumatu suhkurtõbi - 59 juhul; E10.7 insuliinsõltuv suhkurtõbi - 2 juhul; C18.2 - C79.3 pahaloomuline kasvaja - 27 juhul; I63.4 peajuinfarkt - 9 juhul; I69.3

peaajuinfarkti jääknähud – 33 juhul; G20 Parkinsoni tõbi – 10 juhul. Palliatiivhooldusel (Z51.5) viibis 11 patsienti (8 juhul põhidiagnoosina ja 3 juhul kaasuva diagnoosina).

82,68% (229 juhul) juhtudest oli patsiendil 1-3 lamatist ja 17,32% (48 juhul) oli 4 ja enam lamatist (hulgilamatised).

4.2. Lamatise tekkeriski hindamine Bradeni skaala abil

Ravijuhendi soovitus: Esmasel kokkupuutel liikumis- ja/või aktiivsuspiiranguga patsientidega hinnake lamatise tekkeriski struktureeritud instrumendiga (Bradeni skaala).

Bradeni skaalat lamatiste tekkeriski hindamiseks kasutas 20 raviasutust 23-st (86,95%), 3 raviasutuses (13,05%) oli lamatiste tekkerisk hindamata. Enam kasutatakse Bradeni skaalat iseseisvas statsionaarses õendusabis, kus 44,63% juhtudest oli riskitase skaalal hinnatud, erinevatel statsionaari erialadel hinnati lamatiste riski 31,15% juhtudest ja statsionaarses taastusravis Bradenit ei kasutatud.

183 (57,37%) juhtudest hinnati ravil viibimise ajal lamatiste tekkeriski Bradeni skaala järgi, 136 juhul (42,63%) lamatiste tekkeriski ei hinnatud.

Esmasel kokkupuutel patsiendiga oli lamatiste tekkerisk hinnatud 53,61% (171) juhtudest.

Hea tava suunis: Patsientidel, kellel Bradeni skaala skoor on esmasel hindamisel alla 12 punkti, määrake korduvhindamine mitte harvem kui 1 kord nädalas. Ülejäänud patsientidel tehke korduvhindamine skaala abil mitte harvem kui 1 kord kuus.

183 juhul (57,37%), kus ravijuhu jooksul oli hinnatud lamatiste tekkeriski, oli lamatise tekkeriski korduv hindamine teostatud 22,88% juhtudest (73 juhul), millest 31,5% (23 juhul) olid korduvad hindamised tehtud õigeaegselt, ehk aeg vastas riskitaseme skoorile.

Esimesel hindamisel oli lamatiste tekkerisk kõrge ja väga kõrge 26,90% (46 juhul) juhtudest, nendest korduv hindamine oli tehtud 52,17% (24 juhul).

Tabel 4. Lamatise tekkeriski tase Bradeni skaala alusel ja taseme muutus korduval hindamisel

Lamatise tekkerisk	arv	%
Ei hinnatud	136	42,63
Kõrge	28	8,78
Kõrge->madal	1	0,31
Kõrge->mõõdukas	6	1,88
Kõrge->väga kõrge	2	0,63
Madal	44	13,79
Madal->kõrge	3	0,94
Madal->mõõdukas	1	0,31
Mõõdukas	37	11,60
Mõõdukas->kõrge	6	1,88
Mõõdukas->madal	6	1,88
Mõõdukas->väga kõrge	1	0,31
Risk puudub	31	9,72
Risk puudub->kõrge	1	0,31

Väga kõrge	14	4,39
Väga kõrge->kõrge	1	0,31
Väga kõrge->mõõdukas	1	0,31
KOKKU	319	100

Tabel 5. Lamatise tekkeriski kordushindamine riskitasemete lõikes

Lamatise tekkerisk	Kordushindamist ei tehtud arv /osakaal	Kordushindamine tehti arv/osakaal	Kokku arv/osakaal
Ei hinnatud	136 (42,63%)	0	136 (42,63%)
Kõrge	20 (6,27%)	8 (2,51%)	28 (8,78%)
Kõrge->madal	0	1 (0,31%)	1 (0,31%)
Kõrge->mõõdukas	0	6 (1,88%)	6 (1,88%)
Kõrge->väga kõrge	0	2 (0,63%)	2 (0,63%)
Madal	28 (8,78%)	16 (5,02%)	44 (13,79%)
Madal->kõrge	0	3 (0,94%)	3 (0,94%)
Madal->mõõdukas	0	1 (0,31%)	1 (0,31%)
Mõõdukas	27 (8,46%)	10 (3,13%)	37 (11,60%)
Mõõdukas->kõrge	0	6 (1,88%)	6 (1,88%)
Mõõdukas->madal	0	6 (1,88%)	6 (1,88%)
Mõõdukas->väga kõrge	0	1 (0,31%)	1 (0,31%)
Risk puudub	28 (8,78%)	3 (0,94%)	31 (9,72%)
Risk puudub->kõrge	0	1 (0,31%)	1 (0,31%)
Väga kõrge	7 (2,19%)	7 (2,19%)	14 (4,39%)
Väga kõrge->kõrge	0	1 (0,31%)	1 (0,31%)
Väga kõrge->mõõdukas	0	1 (0,31%)	1 (0,31%)
KOKKU	246 (77,12%)	73 (22,88%)	319 (100%)

4.3. Meetmed lamatise ennetamiseks ja raviks

Kuna valimi moodustamisel oli kriteeriumiks lamatise diagnoosi olemasolu raviarvel ehk lamatise olemasolu patsiendil, siis ei olnud hindamisel võimalik-otstarbekas eristada ennetavaid ja ravimeetmeid. Seetõttu kuvatakse osade ennetavate ja ravi meetmete tulemused koos.

4.3.1. Ennetusmeetmete plaan

Hea tava suunis: Kõrge lamatise tekkeriskiga patsientidele koostage ennetusmeetmete plaan.

Lamatiste ennetusmeetmete plaan oli koostatud 76,8% (245 juhul). 23,2% (74 juhul) ennetusmeetmete plaan küll puudus, kuid sellest 55,4% (41) selgus õenduspäevikust, mida oli tehtud uute lamatiste ennetamiseks. 54,6% (33) olid ennetusmeetmed dokumenteerimata. Ennetusmeetmete plaan oli suuremal või vähemal määral koostatud 22 raviasutuses, 1 raviasutuses puudus ennetusmeetmete plaan kõikides ravilugudes. Valdavalt oli lamatiste ennetusmeetmetena dokumenteeritud asendiravi, patsiendi aktiveerimine, naha seisundi hindamine, nahahooldus, isikliku hügieeni tagamine, piisav vedeliku tarbimine, mitmekülgne

ja toitaineterikas toit, vajadusel lamatisevastase madratsi, tugipatjade, kannakaitsete jne. kasutamine, kahjustunud piirkonnas naha massaaži vältimine, kuiva voodi tagamine ja pesuvahetus.

4.3.2. Madratsite kasutamine

Ravijuhendi soovitus (ennetus): Lamatise tekkeriskiga patsientidel kasutage siledapinnalise vahtmadratsi (standardmadratsi) asemel alternatiivseid püsiva või muutuva survejaotusega madratsid.

Ravijuhendi soovitus (ennetus): Siledapinnalise vahtmadratsi (standardmadratsi) korral võib täiendava abivahendina kasutada alternatiivseid püsiva või muutuva survejaotusega kattermadratsid või meditsiinilist Austraalia lambanahka.

Ravijuhendi soovitus (ravi): Lamatisega patsiendil eelistage võimalusel kõrgtehnoloogilist madratsit.

Ravijuhendi soovitus (ravi): Vältige survet olemasolevale lamatisele ja eelmisest asendist veel punetavale nahale – see aitab tagada naha aluskoe verevarustust ning varustada kahjustunud kude hapniku ja toitainetega.

Valdavalt ehk 76,48% (244) ravidokumentidest ei selgunud, millist madratsit kasutati. 13,8% (44 juhul) oli kasutatud lamatisevastast madratsit, 0,94% (3) kasutati alternatiivmadratsit, 3,45% (11) standardmadratsit, 2,2% (7) õhkmadratsit, 3,13% (10) ei kasutatud lamatisevastast madratsit kuna patsient liikus ise.

4.3.3. Asendivahetus ja pööramise sagedus

Ravijuhendi soovitus (ennetus): Standardmadratsi kasutamisel patsiendi ravis ja hoolduses muutke patsiendi asendit vähemalt iga 2 tunni järel, alternatiivsete madratsite kasutamisel muutke asendit vähemalt 4 tunni järel.

Ravijuhendi soovitus (ravi): Muutke patsiendi asendit regulaarselt, mitte harvem kui 4 tunni järel, seejuures hinnake nahamuutusi.

Pööramise sagedus oli dokumenteeritud pooltel juhtudest 50,47% (161 juhul). Valdavalt pöörati patsienti intervalliga 2-3 tundi 96,89% (156 juhul), 3,1% (5 juhul) pöörati patsienti 3-4 tunni tagant. 39,18% (125 juhul) suudab patsient voodi piires ise kehaasendit muuta, korrigeerida. 10,34% (33 juhul) ei selgu, kui sageli patsiendi asendit muudeti.

4.3.4. Abivahendid keha riskipiirkondades surve vähendamiseks

Ravijuhendi soovitus (ennetus): Tõstke lamavatel patsientidel surve vähendamiseks kanda.

Survet vähendavate vahendite kasutamist keha riskipiirkondades oli dokumenteeritud vaid 17,55% (56 juhul). Kasutatud oli tugipatju, kannakaitseid, lambavillast kannakaitseid, kummirõngaid. 3 juhul oli dokumenteeritud, et patsiendid lamatise ennetamiseks abivahendeid ei vajanud kuna tegemist oli aktiivselt liikuvate patsientidega. Enamikel

juhtudel 81,5% (260 juhtu) oli survet vähendavate vahendite kasutamine keha riskipiirkondades dokumenteerimata.

Hea tava suunis (ennetus): Ratastoolis istuvad patsiendid võiksid surve vähendamiseks istuda hästi toetatud asendis, kasutada survet vähendavat asendimuutust ja ratastoolipatju.

Ravijuhendi soovitus pigem teha (ravi): Lamatisega ratastoolipatsiendil eelistage muutuva survejaotusega ratastoolipatja.

Ravijuhendi soovitus (ravi): Vältige patsiendil asendit, kus tekib surve lamatise piirkonnale.

17,86% patsientidest (57 juhul) olid kas ratastoolipatsiendid või patsiendid keda asetatakse ka ratastooli. 26,31% (15 juhul) olid abivahendid (padjad, ratastoolipadjad, tugipadjad) dokumenteeritud, 7,01% (4 juhul) oli dokumenteeritud, et patsient ei vaja toetamist, 10,52% (6 juhul) patsienti ratastooli ei asetatud, 56,14% (32 juhul) abivahendid riskipiirkondades surve vähendamiseks ratastoolis ei selgu.

4.3.5. Abivahendid naha hoolduseks

Ravijuhendi soovitus: Uriini- või roojapidamatuse korral eelistage lamatise ennetamiseks vee ja seebiga pesemisele tasakaalustatud (pH 5,5) nahapuhastusvahendit.

Hea tava suunis: Nahakaitsekreeme või -emulsioone võib kasutada patsientidel, kellel on pidamatusest tingitud naha liigniiskus, ja siis, kui nahk on kuiv, turseline või põletikuline.

Naha hoolduseks kasutati erinevaid salve ja kreeme, nagu: vaseliinõli kreem, saialillesalv, Sudocrem, Barrier kreem, Salitsüülhappe salv, Travocort kreem, Tsinksalv, Menalind kreem, Baneocin salv, Dermilon paste, Comfeel kreem, Globaderm kreem, PC 30 V kreem.

69 juhul 319-st kasutati nahakaitsekreeme, tasakaalustatud nahapuhastusvahendeid kasutati nendest 4 juhul.

4.4. Lamatiste hindamine

Ravijuhendi soovitus pigem teha: Lamatise mõõtmiseks tehke lamatisest foto või mõõtke lamatist ruudukile abil. Mõõtmise kordamisel kasutage sama meetodit.

Ravijuhendi soovitus pigem teha: III või IV astme (EPUAPi/NPUAPi klassifikaator) lamatise olemasolul mõõtke vajadusel lamatise sügavust.

79,94% (255 juhul) oli dokumenteeritud lamatise aste ja nendel juhtudel kasutati lamatiste astme määramiseks eelpoolnimetatud klassifikaatorit. 20,06% (64 juhul) lamatise aste ei selgunud. Lamatise suurus oli enamasti mõõdetud 87,14% (278). Suurus oli 12,22% (39) juhtudest mõõtmata, 0,62% (2 juhul) on lamatise suurst kirjeldatud (ulatuslik).

Lamatiste sügavuse mõõtmine on toodud tabelis 4.

Tabel 4. III - IV astme lamatise sügavuse mõõtmine

Kas oli mõõdetud lamatise sügavus	Ei olnud III ja IV astme lamatise Arv/osakaal	Ei selgu aste Arv/osakaal	Patsiendil olid ka III ja IV astme lamatised Arv/osakaal	Kokku Arv/osakaal
ei	22 (6,90%)	20 (6,27%)	6 (1,88%)	48 (15,05%)
jah	19 (5,96%)	6 (1,88%)	34 (10,66%)	59 (18,50%)
jah + fotod	1 (0,31%)	0	1 (0,31%)	2 (0,63%)
jah + kirjeldus	3 (0,94%)	1 (0,31%)	3 (0,94%)	7 (2,19%)
kirjeldus	88 (27,59%)	37 (11,60%)	74 (23,20%)	199 (62,38%)
kirjeldus + fotod	2 (0,63%)	0	2 (0,63%)	4 (1,25%)
KOKKU	135 (42,32%)	64 (20,06%)	120 (37,62%)	319 (100%)

Enamasti ei olnud dokumenteeritud, millega lamatiste suurust ja sügavust mõõdeti. Vaid 4,07% (13 juhul) selgus, et lamatise suurust mõõdeti joonlauaga (nähatav lamatisest tehtud fotodel).

Enamikel juhtudel oli lamatise kirjeldatud (lamatise servad, õõnsuste või uuriste olemasolu, nekrootilise koe olemasolu, granulatsioonkoe olemasolu või puudumine, epiteliseerumine).

Ümbritseva naha seisundit hinnati 72,1% (230 juhul), ülejäänud 27,9% (89 juhul) ei hinnatud.

Hea tava suunis: Hinnake lamatishaavandi hooldamisel põletikutunnuseid ja võtke infektsiooni kahtlusel bakterioloogiline külv vastavalt külvivõtmise juhendile.

Lokaalsed põletikutunnused esinesid 28,84% (92 juhul), nendest 78,26% (72 juhul) oli võetud bakterioloogiline külv, 18,47% (17 juhul) bakterioloogilist külvi ei võetud ja 3,26% (3 juhul) ei selgunud, kas bakterioloogiline külv oli võetud.

4.5. Toitumine

Ravijuhendi soovitus pigem teha: Määrake lamatise patsiendile peale tavatoidu lisatoitu vaid juhul, kui patsiendil on tuvastatud puudujääke senises toitumises.

Hea tava suunis: Hinnake ja dokumenteerige lamatise patsiendil senist toitumist ja toitumisharjumusi, hiljutist kaalulangust ning praeguse toitumise vastavust patsiendi vajadustele.

Hea tava suunis: Nõustage patsiendi omakseid ja hooldajaid täisväärtusliku toitumise tagamise vajadusest.

Patsiendi toitumine oli ravidokumentides hinnatud 73,66% (235 juhul), sellest alakaalulisi patsiente 25,1% (59 juhul), normaalkaalus 48,08% (113 juhul), ülekaalulisi ja rasvunud 26,8% (63 juhul). Toitumus ei selgu 35,74% (84 juhul).

319-st 8,77% (28 juhul) toideti patsiente enteraalset, sh 27 juhul nasogastraalsondi ja 1 juhul gastroomi kaudu. 23,82% (76 juhul) oli vedeliku tarbimine koguseliselt dokumenteeritud. Toidu tarbimine oli koguseliselt dokumenteeritud 17,55% (56 juhul).

Vedeliku ja söödud/saadud toidukogused olid dokumenteeritud umbmääraselt (sõi pool, söi kõik ära, söögiisu hea/halb, märgitud söödud toidu koguse protsent, dokumenteeritud vedelik aga toidu kogused mitte jms). Valdavalt oli dokumenteeritud teave saadava dieedi iseloomu kohta (pehme, vedel, püreestatud, suhkruvaba, valgurikas jt erinevad dieedi tüübid).

Lisatoitu pakuti 8,46% (27 juhul), nagu MultiFibre, Nutridrink, Cubitan, Nutricia, Nutrison Energy, valgupulber, pulbrijoogid, jogurt, kissell.

59-st alakaalulisest vaid 28,81% patsientidest (17) pakuti lisatoitu. 5 juhul toideti patsienti nasogastraalsondi ja 1 juhul gastrostoomi kaudu. Nendel juhtudel oli lisatoit ja vedelik koguseliselt dokumenteeritud.

4.6. Lamatiste lokaalne ravi

4.6.1. Lamatiste puhastamine

Ravijuhendi soovitus: Infitseerimata lamatise puhastamiseks kasutage kraanivett või füsioloogilist lahust.

Ravijuhendi soovitus pigem teha: Haavainfektsiooni esinemisel kasutage füsioloogilist lahust või lamatise puhastamiseks ettenähtud antiseptikumi.

Enamasti (94,05%) oli lamatishaavade puhastamise meetod ja vahend dokumenteeritud. Nii infitseerimata kui ka infitseeritud lamatise pesti voolava vee all, pesti ka NaCl 9% lahusega, Prontosan haavaloputusvahendiga, Octenisept või Braunol nahalahusega. Harvem kasutati Decontaman ja UCSol haavaloputusvahendeid, Gutasepti, Ringeri ja Lavanidi lahust. Mädaste ja lõhnavate lamatishaavade korral kasutati KMnO₄ lahust. Ühel juhul oli lamatishaavandit puhastatud vesinikperoksiidi 3% lahusega.

5,95% (19 juhul) ravidokumentidest ei selgunud, milliseid vahendeid lamatiste puhastamiseks kasutati.

238 juhul (74,60%) 319-st oli ravijuhendi soovitusi puhastamisvahendi valikul järgitud.

4.6.2. Haava hooldusvahendite kasutamine

Ravijuhendi soovitus pigem teha: Arvestage lamatise katmise vahendite valikul lamatise astet (suurust, sügavust, nekrootilise koe olemasolu, infektsioonitunnuseid, eksudaadi hulka), asukohta ja patsiendi eelistusi.

Ravijuhendi soovitus pigem teha: Eelistage marlisidemetele haava hooldusvahendeid, mille puhul ei ole vaja kasutada lisaks paikseid haava hooldusvahendeid (salv, kreem, pulber jms) ja mida tuleb harvem vahetada.

Lamatiste raviks kasutati erinevaid geele, kreeme ja salve: Hypergel, Sudocrem; Prontosan, Braunovidon tume Seppo salv, Salitsüülhappe salv, Fucidin ja Sulfargin salvid.

Kasutati Grassolind ja Jelonet parafiinvörku, erinevaid haavapatju ja -plaastreid: PolyMem cavity Filler haavapadi, AquacelAg Extra haavapadi PolyMem Max ja Lyofoam Max haavapadi, Ascina sorb haavapadi ja tampoon, Hydrocolloid side, Allevyn life Heel haavaplaaster, Cutimed plaastrid, Granuflex, Elastopar, Tegaderm, Omnifix, Mepilex Border Sacrum, Mepilex XT, Mepilex ja Mefix plaaster, Mepilex Lyofoam vahtplaaster Askina Dressil Heel plaaster, Kliniderm Silicone plaaster ja Kliniderm Foam vahtplaaster.

Haavaravis kasutati tselluloostampoone, lametampoone ja KMnO₄ lahusega tampoone. 5 juhul oli kasutatud marlilappe, marlitupsusid ja marlitampoone.

307 juhul olid kasutatud haavahooldusvahendid dokumenteeritud ja 303 juhul (98,69%) vastasid need ravijuhendi soovitudele.

4.6.3. Nekroosi eemaldamine

Ravijuhendi soovitus pigem teha: Nekroosi eemaldamiseks eelistage autolüütilist meetodit, mida soodustavad sobivad haavahooldusvahendid.

62,69% (200 juhul) nekroosi ei esinenud ja 3,13% (10 juhul) nekroosi olemasolu ei selgunud. Nekroosi esines 34,16% (109 juhul). Põhiliselt oli tegemist II-IV astme lamatistega. Sellest 59,63% (65 juhul) eemaldati nekroos autolüütilisel ja 1,83% (2 juhul) ensümaatilisel meetodil, 34,86% (38 juhul) eemaldati nekroos mehaaniliselt (nekrektoomia) ja 2,75% (3 juhul) kasutati kombineeritud meetodit (teravmehaaniline nekrektoomia + vaakum; teravmehaaniline nekrektoomia + naha transplantatsioon; teravmehaaniline nekrektoomia + autolüütiline nekrootilise koe eemaldamine).

Autolüütilisel nekrektoomial kasutati lamatiste puhastamiseks enamasti Sol. NaCl 0,9%, Sol. Octenisepti või Sol. Prontosani, harvem Sol. UCSol, Braunoli või Lavanid lahust.

Nekrootilise koe eemaldamiseks ensümaatilisel kasutati puhastusvahendina Sol. Octenisepti või Sol. Prontosani, haavandi raviks Prontosan geeli, MepilexAg ja Debridement Pad haavapatja.

4.6.4. Ravimeetodi sobivuse hindamine

Hea tava suunis: Lamatise paranemise tunnused peaksid tekkima 2 nädala jooksul. Kui viiteid paranemisele ei ole, hinnake ravimeetodi sobivust.

Ravimeetodi sobivust hinnati 75,86% (242 juhul), 13,79% (44 juhul) ravimeetodi sobivust ei hinnatud kuna patsient suri või viibis osakonnas vähem kui 2 nädalat. 10,34% (33 juhul) oli ravimeetodi sobivuse hindamine dokumenteerimata.

Üle poolte juhtudest 58,93% (188 juhul) oli lamatis/lamatiseid paranemistendentsiga, kuid 23,51% (75 juhul) patsientidest tuli uusi lamatise ravi perioodil juurde.

Taustainfost teame, et paljudel patsientidel oli kaasuvaks haiguseks paranemist komplitseeriv diabeet, pahaloomuline kasvaja, peajuinfarkt või peajuinfarkti jääknähud, Parkinsoni tõbi või oli patsient palliatiivhooldusel.

4.6.5. Nõustamine

36,36% juhtudest (116) puudusid ravidokumentides lamatise ennetamise või ravi alased soovitusel lähedastele või edasise ravi- või hooldusasutuse töötajale.

5. JÄRELDUSED

- 350-st valimisse valitud juhust 31 juhul ei olnud patsiendil lamatist. Raviarvele oli liigselt kodeeritud lamatise diagnoos.
- Lamatiste käsitlust hinnati 319 ravijuhul.
- Bradeni skaalat lamatiste tekkeriski hindamiseks kasutasid 20 partnerit ja ei kasutanud kolm. Lamatiste tekkeriski oli hinnatud 53,91% juhtudest.
- Lamatiste käsitluses oli osaliselt järgitud ravijuhendi soovitusi, enam kõrvalekaldeid leiti lamatisevastaste madratsite kasutamisel, survet vähendavate vahendite kasutamisel keha riskipiirkondades, nahakaitsekreemide ja tasakaalustatud nahapuhastusvahendite kasutamisel, lähedaste ning hooldus- ja õenduspersonali nõustamisel ja toitumise hindamisel.

6. ETTEPANEKUD JA JÄTKUTEGEVUSED

- Kokku leppida ja ühtlustada andmete dokumenteerimise „kohad“, et vältida andmete dubleerimist. Kaasata patsiendi seisundi ja teostatud tegevusi kajastavate andmete kogumisse ja dokumenteerimisse ka hoolduspersonal. Oma tööd peab dokumenteerima see, kes ülesande sooritas.
 - Sh pöörata tähelepanu KMI, toitumine, tarbitud toidu ja vedeliku koguse andmete dokumenteerimisele.
 - Sh dokumenteerida kehapiirkondadele survet vähendavad abivahendid täpselt.
- Võtta igapäevaselt kasutusele Bradeni skaala lamatiste riskiskoori hindamiseks, eelnevalt koolitada õenduspersonal ja töötada välja juhendmaterjal skaala kasutamiseks.
- Kui ei ole võimalik mõõta KMI, kasutada toitumuse hindamiseks alternatiivseid hindamisinstrumente.
- Nõustada lamatiste ennetamise ja ravi osas nii lähedasi kui ka hooldus- ja õenduspersonali (edasisuunamisel), kajastades vastavad juhised nõuetekohaselt epikriisis.
- Täiendada lamatiste ravijuhendit, lisades tegevused, mis puudutavad lamatiste ennetamist operatsioonitoas. Töörühma soovitus praktilisele kogemusele toetudes.

Koostas: Aimi Mägi, spetsialist

Kinnitas: Sirje Kree, osakonna juhataja

Kuupäev: 16.02.2021